CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FIBROME DE L'ORBITE

ÉTUDE

CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

PAR

Gabriel MAURANGE

Interne des Hôpitaux,
Membre titulaire de la Société d'Anatomie et de Physiologie
de Bordeaux.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11 — RUE GUIRAUDE — 11

1889

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU FIBROME DE L'ORBITE

Extrait des *Bulletins de la Société d'Anatomie et de Physiologie* et du *Journal de Médecine de Bordeaux*.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FIBROME DE L'ORBITE

ÉTUDE

CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

PAR

Gabriel MAURANGE

Interne des Hôpitaux.

Membre titulaire de la Société d'Anatomie et de Physiologie

de Bordeaux.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

11 — RUE GUIRAUDE — 11

1889

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

FIBROME DE L'ORBITE

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I

Introduction.

Les fibromes de l'orbite sont d'une telle rareté en clinique que l'on doit saisir toutes les occasions d'en publier quelque exemple. Et lorsque, comme dans notre cas, on a eu la bonne fortune de contrôler le diagnostic par l'examen anatomo-pathologique de la tumeur, l'intérêt qui s'y attache se trouve doublé et la valeur des conclusions que l'on en tire, au point de vue pathogénique et symptomatique, est considérablement accrue.

L'observation que l'on va lire apporte une contribution importante à l'étude du fibrome de l'orbite. La netteté des signes avec lesquels il s'est révélé à l'examen clinique, les caractères précis de sa constitution microscopique permettent en effet d'élucider quelques points jusqu'ici obscurs de l'histoire de ces tumeurs. C'est pourquoi, et bien que le cas ait déjà fait l'objet d'une

très intéressante leçon clinique de notre maître, M. le professeur agrégé Piéchaud [1], nous croyons devoir y revenir en raison de sa très haute importance chirurgicale.

(1) T. Piéchaud. *Maladies chirurgicales de l'enfance.* Leçons cliniques. Bordeaux, 1888, p. 251 et suiv.

II

Observation.

R... (Marie), onze ans et demi, entre le 24 février à l'hôpital des Enfants-Assistés, dans le service de M. le professeur agrégé Piéchaud, pour un gonflement considérable de la paupière supérieure gauche, remontant déjà à plusieurs années.

Cette enfant n'a, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien de particulier à signaler. A part l'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital, elle n'a jamais fait la moindre maladie. Sa constitution est parfaite et exempte de toute tare congénitale ou acquise.

Elle nous raconte que vers l'âge de trois ans elle observa, pour la première fois, une légère tuméfaction dans la région indiquée. Cette tuméfaction s'accompagna bientôt de quelques petites douleurs qui, plus que la déformation, attirèrent sur ce point l'attention de notre petite fille. Cependant la tumeur augmentait peu à peu, le ptosis s'accentuait davantage et malgré que notre malade n'eût ni troubles de la vision, ni poussées inflammatoires du côté de la conjonctive, de la glande lacrymale ou des tissus voisins, ses parents se décidèrent à l'envoyer à Bordeaux pour la faire opérer.

A l'examen, nous constatons les phénomènes suivants :

La région orbitaire gauche est saillante et comme

soulevée; le sillon oculo-palpébral est remplacé par une sorte de bourrelet horizontal; la paupière est abaissée, le sourcil légèrement refoulé en haut. Le globe oculaire est quelque peu déprimé, la pupille gauche est sur un plan inférieur et plus postérieur que sa congénère. La peau qui recouvre la tuméfaction a gardé sa coloration et sa vascularité à peu près normales. Au palper, on sent qu'elle a conservé toute sa souplesse, mais qu'elle repose sur un tissu cellulaire épaissi et comme infiltré. Le doigt perçoit en effet, à ce niveau, « une résistance pâteuse, diffuse, qui disparaît en partie quand on presse d'avant en arrière, comme si la tumeur pouvait être réduite vers le fond de l'orbite. »

Un examen plus attentif permet de retrouver bientôt au milieu des tissus épaissis une portion plus dure, plus résistante, parfaitement circonscrite; elle est irrégulière, moniliforme, étendue obliquement au-dessous du rebord orbitaire et présente dans tous ses points une consistance uniforme. On perçoit les limites de la tumeur en avant, où elle présente une extrémité arrondie de la grosseur d'un pois environ; mais, en arrière et en dehors, elle semble plonger dans le tissu cellulaire de l'orbite, dans lequel elle envoie de petits prolongements effilés. En dehors surtout, l'on perçoit un petit tractus de tissu conjonctif épaissi, qui se dirige vers l'angle de l'œil et qui paraît être comme la terminaison externe de la tumeur. En dedans, elle est mobile sur les parties profondes et ne présente avec elle aucune connexion.

Sa consistance, avons-nous dit, est régulière, elle ne présente aucun point de ramollissement ou de fluctuation. Elle n'offre au doigt qui l'explore ni la rénitence d'une paroi kystique distendue ni l'élasticité du carti-

lage ; elle est dure, très dure, et cette dureté contraste avec la mollesse du tissu cellulaire ambiant.

Si maintenant l'on examine les organes voisins, à part le léger abaissement du globe de l'œil que nous avons déjà noté, il n'y a pas de déformation bien manifeste. Cependant l'on trouve sur le rebord orbitaire, vers l'angle externe de l'œil, une encoche assez profonde, dont la présence est ordinairement en rapport avec les tumeurs congénitales de cette région.

Il n'y a nul retentissement inflammatoire dans le voisinage : la glande lacrymale, la conjonctive ne paraissent nullement influencées par la présence de cette tumeur.

On ne trouve rien d'anormal du côté de l'œil droit, rien du côté de la face, du voile du palais ou des maxillaires. La santé générale est excellente et les quelques douleurs que notre petite malade a éprouvées du côté de son œil gauche, ont elles-mêmes complètement disparu.

Le diagnostic de *fibrome développé dans le tissu cellulaire de l'orbite* fut porté et l'extirpation décidée.

Le 5 mars au matin, on fait, sous le chloroforme, une incision courbe de trois centimètres et demi, en rapport avec la direction de la queue du sourcil. On tombe sur un tissu cellulaire épaissi, légèrement densifié, mais nullement infiltré. Puis on arrive sur la tumeur, dont le volume paraît inférieur à celui qu'on a constaté avant l'intervention. Elle est bien nettement située au-dessous de la paroi supérieure de l'orbite, avec laquelle elle est en rapport dans une profondeur d'un centimètre et demi environ. On l'isole avec difficulté du tissu conjonctif environnant, à cause de sa forme en rhizome ; lorsqu'on l'a dégagée, on s'aperçoit qu'en dehors du prolongement

externe que nous avions déjà signalé et qui semble rattacher la tumeur au périoste de l'angle, elle émet deux ou trois petits tractus filiformes dont l'un surtout, plus volumineux, plonge profondément dans l'orbite.

Le tissu graisseux hypertrophié est respecté et l'opération s'achève sans incident nouveau.

Les suites opératoires ont été des plus simples : « la guérison a été rapide, mais cependant retardée de quelques jours, grâce à un pansement sec qui a produit un peu d'irritation des bords de la plaie, une légère infiltration des tissus sous-jacents et un gonflement persistant après la cicatrisation, qui n'a cédé que plusieurs semaines après (1). »

La tumeur a été immédiatement portée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, où notre collègue et ami M. le Dr Suzanne a bien voulu l'examiner. Voici le résultat de l'investigation microscopique tel qu'il a été dicté par M. Suzanne à M. Ussel, qui a pris pour sujet de sa thèse inaugurale : *Le fibrome dans l'orbite*. Nous remercions M. le Dr Ussel d'avoir bien voulu nous communiquer ce document important.

I. *Examen macroscopique*. — La tumeur est allongée, dure, élastique et présente des étranglements de distance en distance. Petite, en forme de cordon moniliforme, elle offre des prolongements filiformes.

II. *Examen microscopique*. — *a*. Examinée sous le grossissement de soixante diamètres (microscope de Vérick, oculaire I, objectif 2), la coupe de la tumeur

(1) *Loc. cit.*, p. 264.

présente deux lobes réunis entre eux par un pédicule grêle.

A la périphérie de la tumeur, on remarque une capsule formée de fibres parallèles très denses, qui l'entourent dans toute son étendue. Dans l'épaisseur de cette capsule, on voit plusieurs vaisseaux, où le grossissement ne permet pas de distinguer de paroi propre.

Ces deux lobes sont constitués par des travées fibreuses, réunies en faisceaux sinueux qui s'entre-croisent dans des sens différents, plus ou moins serrés suivant les régions où on les examine.

Dans le lobe le plus volumineux, les faisceaux fibreux sont dissociés, et l'on voit entre eux des cavités, irrégulières comme dimension et comme forme, qui sont remplies par une substance hyaline, transparente, parsemée de petites cellules rondes (lymphatiques) qui, dans certaines cavités, sont assez abondantes. A peu près vers le centre, on remarque un petit îlot dont la coloration rouge foncé tranche sur le reste du lobe et qui a une structure vaguement fibrillaire. Quelques vaisseaux, çà et là, de volume variable et gorgés de sang. D'un côté, à l'union de la capsule et du tissu fibreux, on voit un épanchement sanguin, minime, infiltré entre les travées fibreuses qu'il voile en partie, mais qu'on peut cependant voir par transparence.

Dans le second lobe, les faisceaux fibreux sont plus serrés. Cependant, on y remarque, comme dans le premier, les mêmes espaces, mais moins larges et moins nombreux, et n'occupant que les deux parties latérales du lobe. Au centre, les faisceaux se pressent les uns contre les autres. Dans la zone fibreuse centrale, on aperçoit un îlot à peu près semblable à celui que nous

avons signalé plus haut, circulaire, et qui paraît granuleux. Signalons enfin quelques vaisseaux.

Le pédicule étroit qui réunit les deux lobes, offre un tissu fibreux très dense, ayant tous les caractères normaux du tissu connectif. A ce niveau, on voit des vaisseaux en assez grande abondance, de volume variable et gorgés de sang. Nous y remarquons encore un épanchement sanguin peu volumineux, qui a déchiré les faisceaux fibreux dans une petite étendue.

b. Examinée sous le grossissement de trois cent quatre-vingts diamètres (microscope de Vérick, oculaire I, objectif 7), la tumeur s'offre à nous avec la plus grande netteté.

Dans le lobe le plus volumineux, nous voyons des fibres de tissu connectif réunies en faisceaux sinueux, s'entre-croisant dans des sens différents et comprenant, dans leurs interstices, de nombreuses cellules lymphatiques. Dans les mailles formées par les faisceaux du tissu conjonctif, on voit une substance transparente, parcourue par de petites fibrilles pâles, extrêmement grêles, formant un réticulum très lâche. Le petit îlot déjà découvert nous apparaît nettement constitué par des fibres conjonctives réunies en faisceaux serrés, coupés très obliquement, entre lesquels on aperçoit des cellules étoilées. Les vaisseaux, nombreux, offrent une paroi propre, très distincte; une heureuse disposition de la coupe nous permet de suivre, pendant un assez long espace, la lumière de plusieurs d'entre eux, coupés longitudinalement. Un entre autres, coupé longitudinalement, nous laisse voir son embouchure dans le vaisseau voisin coupé transversalement. Sur les vaisseaux

coupés longitudinalement, il nous est facile de suivre les deux bords du canal, nettement dessinés par les noyaux des cellules épithéliales qui revêtent leur intérieur. Au centre du vaisseau, nous voyons des globules sanguins. Les cellules pavimenteuses épithéliales, qui délimitent la lumière du vaisseau, sont entourées de faisceaux fibreux serrés qui complètent la paroi vasculaire.

Le second lobe, qui offre une structure plus serrée, n'offre pas d'autre caractère spécial à signaler.

Rien à ajouter à la description du pédicule.

Diagnostic : Fibrome molluscoïde.

III

Réflexions.

Nous voilà donc en possession d'une observation complète de fibrome de l'orbite; rien n'y manque, ni l'investigation clinique, ni l'aspect macroscopique, ni l'examen microscopique. Voyons maintenant ce que nous pouvons en déduire, au point de vue des tumeurs de ce genre, en comparant notre cas avec ceux qui existent dans la science.

Je commence par dire que je ne veux m'occuper ici que du fibrome développé aux dépens du tissu cellulaire de la cavité orbitaire ou en rapport avec le périoste qui la recouvre. Je laisse de côté les fibromes du nerf optique, dont M. Jocqs a réuni dans sa thèse (1) quatre observations et ceux dont le point de départ a été dans la sclérotique (2), le sac lacrymal (3) ou le tissu cellulaire sous-cutané (4). Si je parle de ces derniers, c'est parce

(1) Jocqs. *Tumeurs du nerf optique.* Th. de Paris, 1887.

(2) Prof. Giambattista Borelli. Tumeur épiscléroticale. (*Giornale d'Oft. ital.*, 1867.)

Prof. Saemisch. Fibrome de la sclérotique. (*Archiv. f. Augenheilk.* 1874.)

(3) Despagnet. Tumeur fibreuse de la région du sac lacrymal gauche développée depuis seize ans. (*Clinique ophtalmologique du Dr Galezowski,* 1880-81.)

(4) Fano. Tumeur fibreuse sous-cutanée du grand angle de l'orbite droit. Extirpation de la production morbide. Guérison rapide. (*Journ. d'Ocul.*, février 1888.)

Nos	AUTEURS	SEXE ET AGE	DÉBUT DE L'AFFECTION	DIAGNOSTIC	DATI ET NAT DE L'OPÉR
1	HOPE (*Philosophical Transactions,* 1744 et 1745), *in* Demarquay, *Tumeurs de l'orbite.*	F. 18 ans.	à 12 ans.	Tumeur de la partie supér. de l'orbite avec exophtalmie sans troubles notables de la vision.	Extirpa 30 juin
2	VERHÆGE (*Ann. de la Soc. méd. de Bruges,* 1850), in Demarquay, *loc. cit.*	F. 18 ans.	à 17 ans et demi	Kyste de l'orbite avec exophtalmie légère.	Extirpat
3	MACKENSIE (*Month. J. of med. sc.,* t. I, p. 229), *in* Demarquay, *loc. cit.*	F. 50 ans.	à 30 ans.	Tumeur fibreuse (récidive) avec exophtalmie.	Extirpa et énucl de l'œ
4	CRITCHETT (*Med. Times,* 6 novembre 1852), *in* Demarquay, *loc. cit.*	H. 28 ans.	15 mois auparavant.	Tumeur solide occupant la moitié inférieure de l'orbite, exophtalmie légère.	Extirpa faite en fois diffé
5	SCHIESS-GEMUSCŒUS, cité par Chauvel (Article *Orbite* du *Dictionnaire encyclopédique*).	H. 35 ans.	7 ans auparavant.	Tumeur fibreuse, située au-dessous du rebord interne de l'orbite, ayant succédé à un traumatisme.	Extirpa faite en fois à tro d'interv
6	HORNER (*Klin. Monatsh. für Augenheilk.,* 1871).	H. 26 ans.	(?)	Tumeur arrondie, lisse, résistante, élastique, non pulsatile et irréductible.	Extirpa et énucl de l'œil ans ap
7	PERLS (*Berl. Klin. Woch.,* n° 39, p. 355).	1 jour (?)	Congénital.		
8	BADAL (*Leçons sur l'opération de la cataracte).*	F. 36 ans.	4 ans auparavant.	Tumeur solide, occupant la totalité de l'orbite.	Extirpa partiell énucléati l'œil, lig du pédi
9	BADAL (Inédite, communiquée par USSEL, dans la thèse duquel elle se trouve détaillée)	F. 50 ans.	15 ans auparavant.	Tumeur fibreuse, entourant comme d'une gaine le globe de l'œil et le nerf optique.	Morcelle
10	PIÉCHAUD et MAURANGE (Présent mémoire).	F. 11 ans.	à 3 ans (?)	Fibrome de l'orbite.	Extirpa

EXAMEN MACROSCOPIQUE	EXAMEN MICROSCOPIQUE	DIAGNOSTIC DÉFINITIF
Tumeur fibreuse régulière, sphérique et lisse, du volume d'un petit œuf de pigeon avec adhérences (?)		FIBROME (?)
Tumeur fibreuse, de la grosseur d'une noisette, à pédicule aplati en forme de patte d'oie, insérée sur le périoste.		FIBROME (?)
Tumeur fibreuse (?), du volume d'un œuf de pigeon.		FIBROME (???)
Tumeur de la grosseur d'une noix, encapsulée, dure et d'une teinte grisâtre à la coupe, adhérente postérieurement (?); kystes et points de dégénérescence calcaire.	Tissu fibreux blanc, avec beaucoup de cellules allongées, à texture un peu lâche avec dépôts calcaires.	FIBROME KYSTIQUE
Tumeur divisée en deux parties : antérieure, petite et dure; postérieure, cystique, rattachée par un pédicule fibreux au fond de la cavité. Au milieu du tissu fibreux, kystes remplis d'une matière jaunâtre.	Paroi formée d'un stroma celluleux, renfermant des cellules libres, graisseuses et des amas de cristaux de cholestérine; vaisseaux en dégénérescence graisseuse.	FIBROME KYSTIQUE
Pas d'adhérences au périoste.	Caractères anatomiques propres au fibrome avec ramollissement et dégénérescence caséeuse au centre.	FIBROME
Tumeur sphérique, aplatie (2 cm.), adhérente au périoste, avec exophtalmie : épaississement de la dure-mère dans le point correspondant et amincissement de la paroi orbitaire.	Faisceaux fibreux denses avec peu de cellules en dégénérescence graisseuse, sans glandes ni vaisseaux.	FIBROME CONGÉNITAL
Tumeur fibreuse, occupant toute la partie supérieure et latérale de l'orbite, ayant une surface d'implantation étendue du trou optique à la partie moyenne de la grande aile du sphénoïde.		FIBROME
Adhérente à tout le périoste de la cavité orbitaire, dont elle ne peut être détachée.		FIBROME
Adhérent au périoste.	Fibrome molluscoïde.	FIBROME MOLLUSCOÏDE

que le Dr Ussel, qui a pris pour sujet de sa thèse inaugurale *Le fibrome dans l'orbite* et qui a bien voulu mettre à ma disposition tous les renseignements qu'il a recueillis, comprend dans sa statistique ces huit cas que je repousse comme en dehors de mon sujet.

Le Dr Ussel et moi n'avons trouvé dans la bibliographie médicale que dix cas de fibrome de l'orbite, et encore, sur ces dix cas, nous ne possédons que cinq fois l'examen microscopique. Nous donnons ci-contre le tableau de ces dix observations, que l'on retrouvera *in extenso* dans la thèse du Dr Ussel.

Le premier fait qui se dégage de la lecture de notre tableau établit d'une façon indiscutable l'existence du fibrome de l'orbite. Il ne faut pas oublier, en effet, que les traités les plus récents (Poulet et Bousquet, Kirmisson), les travaux les plus à l'ordre du jour, se refusent à admettre la possibilité du développement de tumeurs de ce genre dans la cavité orbitaire ou en regardent les observations comme fort discutables. Cette lacune est donc comblée, autant par le cas nouveau que nous apportons et qui est absolument probant que par ceux qui sont consignés dans notre statistique.

Il résulte encore de nos observations que le fibrome de l'orbite peut être congénital ou acquis. Le cas n° 7, dû à Perls et accompagné d'un examen microscopique très complet, établit d'une façon indiscutable la possibilité du développement de ce type de tumeurs dans la vie intra-utérine. Notre observation (n° 10) est également une démonstration du même fait. Bien que notre petite malade affirme positivement que sa tumeur a apparu pour la première fois à l'âge de trois ans, nous pensons, en effet, qu'elle est congénitale; nous ne connaissons

pas dans la science d'exemple de fibrome se développant chez des enfants de cet âge, d'une part; et, d'autre part, la déformation du rebord orbitaire, l'encoche que nous avons signalée et qui est constante dans les kystes dermoïdes de la région, indiquent évidemment l'origine congénitale de la tumeur.

Quant aux fibromes acquis, nous avons relevé dans un cas (n° 5) l'influence du traumatisme; dans les autres cas, nous n'avons pas trouvé d'indications suffisantes pour établir une étiologie bien déterminée. Il n'y a rien là qui doive nous surprendre, les conditions pathogéniques du développement des tumeurs en général étant encore mal connues. Le sexe et l'âge ne fournissent également aucune donnée, néanmoins les femmes paraissent être particulièrement en cause (6 femmes, 3 hommes, 1 cas dont le sexe n'est pas spécifié).

La comparaison des observations nous permet de conclure que le fibrome de l'orbite affecte le plus souvent des connexions plus ou moins intimes avec le périoste de la cavité. Sur les 10 cas que nous avons réunis, 8 fois (n°s 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10) ce rapport est noté, 1 fois (n° 3) il est probable, une fois seulement (n° 6) il est formellement nié; ce qui, en n'admettant que les faits dont nous sommes certains, nous donne une proportion de 80 °/₀. De là à admettre que le périoste est dans l'espèce, comme cela arrive très fréquemment, le point de départ des fibromes de l'orbite, il n'y a qu'un pas et nous nous montrons pour notre part fort disposé à en accepter l'idée.

Quant aux autres cas de fibrome auxquels je faisais allusion au début de ce travail, ils se sont développés aux dépens soit du nerf optique, soit de la sclérotique, etc.

Bien qu'ils soient *dans l'orbite*, je dois les séparer de la description des fibromes de l'orbite proprement dits, en raison des phénomènes spéciaux dont ils s'accompagnent et des symptômes par lesquels ils se manifestent. Ces fibromes sont des tumeurs de l'œil ou de ses annexes et sortent complètement de notre cadre.

C'est dire que la symptomatologie du fibrome de l'orbite proprement dit est très pauvre. Lorsque la tumeur émerge de la cavité orbitaire, comme dans notre cas et dans l'observation n° 6, elle apparaît avec les caractères qui distinguent le fibrome et sur lesquels je ne m'appesantirai pas ici. Tout au plus pourra-t-on la confondre avec un kyste dermoïde, dont elle se distinguera par une consistance plus grande, une forme moins régulièrement arrondie et surtout l'absence de fluctuation. Je sais bien qu'il est souvent difficile d'apprécier ce dernier symptôme lorsque le kyste est très distendu et que, comme dans notre observation, on trouve au niveau du rebord orbitaire, l'encoche caractéristique. Néanmoins on pourra toujours se baser alors sur la forme plus irrégulière sous laquelle les fibromes se présentent. Toutes ces difficultés sont singulièrement aplanies lorsque la tumeur n'est pas congénitale, comme cela arrive dans la grande majorité des cas.

Le diagnostic avec l'exostose simple sera quelquefois fort délicat. Toutefois la dureté toute spéciale du tissu osseux, l'absence de toute mobilité sur les parties profondes et enfin une plus grande régularité de surface, permettront de reconnaître ce genre de tumeur. Au surplus, nous devons remarquer que le fibrome de l'orbite contient souvent des kystes dans son intérieur (Obs. n° 4 et 5) et que d'autres fois il présente des points de ramol-

lissement ou de dégénérescence (Obs. n° 4), particularités que l'on ne retrouve pas dans l'histoire des exostoses de la paroi orbitaire.

Je n'insiste pas sur le diagnostic avec les tumeurs malignes de la région, on trouvera dans les auteurs des indications suffisantes pour éviter une erreur de cette nature. Je laisse également de côté les autres tumeurs bénignes (lipomes, etc.) dont l'existence dans l'orbite n'est pas encore démontrée. Il en est de même du sarcome fasciculé, avec lequel le diagnostic serait fort difficile; mais, outre que la distinction n'aurait qu'un intérêt purement anatomo-pathologique, la conduite à tenir étant la même dans les deux cas, je n'en connais pas dans la science d'observation bien authentique.

Ces considérations m'amènent tout naturellement à parler du pronostic de cette affection et du traitement qu'il convient de lui appliquer.

En soi, le pronostic du fibrome est bénin; extirpé, il ne récidive pas et avec lui disparaissent toutes les complications qui étaient imputables à sa seule présence. Mais il faut se garder d'oublier que, par simple voisinage, il peut amener du côté de l'œil ou de ses annexes des troubles souvent irrémédiables et nécessiter l'énucléation (Obs. nos 3, 6, 8).

Il faut également avoir présents à la mémoire les cas dans lesquels le fibrome a causé l'amincissement de la paroi orbitaire (Obs. n° 3) et rendu inévitables des accidents opératoires graves. C'est pour cette raison qu'il est utile de faire le diagnostic de bonne heure, afin de prévenir par une intervention opportune les complications qui ne manqueraient pas de survenir avec l'accroissement de la tumeur.

L'extirpation est, en effet, le seul traitement applicable dans l'espèce. Je n'ai pas besoin d'insister longuement. Néanmoins, il faut se souvenir qu'elle sera souvent laborieuse, en raison des adhérences que contracte le fibrome avec le périoste de la région. Le morcellement, la ligature du pédicule (Obs. nos 8 et 9) seront des ressources extrêmes, car il ne faut pas oublier que la récidive est possible (Obs. nos 4 et 5) et qu'elle fait perdre au chirurgien tout le bénéfice d'une intervention antérieure.

IV

Conclusions.

1° Le fibrome de l'orbite existe désormais en tant qu'espèce morbide définie.

2° Il peut être congénital ou acquis. On ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, en déterminer l'étiologie ou la pathogénie.

3° Il se développe à tous les âges de la vie; il paraît frapper davantage le sexe féminin.

4° Dans la grande majorité des cas, il affecte des connexions intimes avec le périoste de la région, sur lequel souvent il paraît prendre son point de départ.

5° Sa symptomatologie ne diffère en rien de celle du fibrome des autres régions.

6° Le diagnostic sera dans quelques cas fort difficile, en particulier avec le kyste dermoïde et l'exostose simple.

7° Le pronostic est bénin; néanmoins il faut craindre les complications de voisinage, qui ne manqueront pas de se produire avec l'accroissement de la tumeur.

8° Le seul traitement qui convienne est l'extirpation.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

